



UNIVERSITÄTSKLINIKUM  
Schleswig-Holstein

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein  
Klinik für Neurologie  
**Zentrum für Seltene Neurologische Erkrankungen**  
Arnold-Heller-Straße 3, Haus D  
24105 Kiel

## Persönliche Schilderung

Ihre Schilderung hilft uns, Ihre Sicht auf Ihre Erkrankung zu verstehen. Da wir Sie zunächst nicht persönlich kennenlernen können, sind wir besonders auf die Ausführlichkeit und Vollständigkeit der eingereichten Unterlagen angewiesen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Patient:in:

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

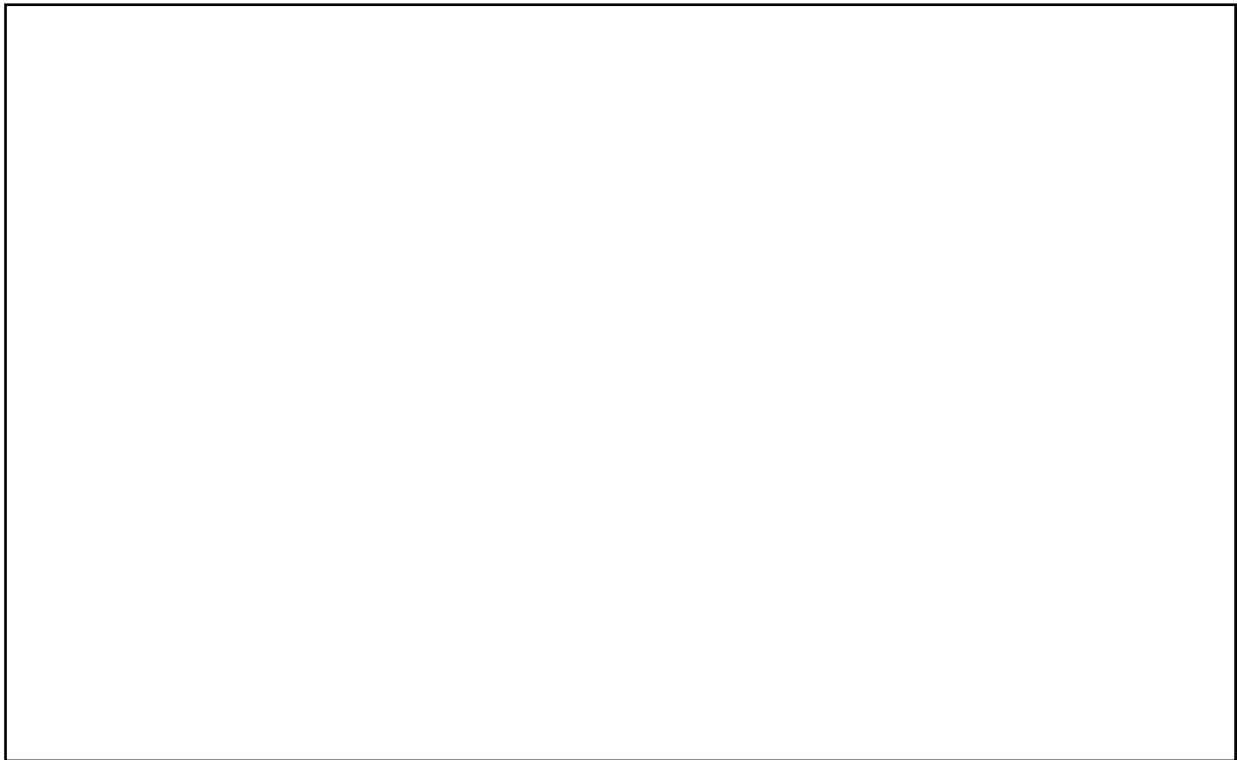
\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Bitte schildern Sie möglichst genau Ihre derzeitigen Beschwerden:

\_\_\_\_\_  
Krankenversicherung

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

**Ihre persönliche Wahrnehmung der Situation und des Krankheitsverlaufes:**

A large, empty rectangular box with a black border, intended for the patient to write their personal perception of the situation and the course of their illness.

**Auslösende und/oder die Symptome beeinflussende Faktoren:**

A large, empty rectangular box with a black border, intended for the patient to list factors that trigger or influence their symptoms.

Befunde aus nicht primär schulmedizinischen Maßnahmen (Akupunktur, Behandlungen durch Heilpraktiker:innen, etc.):



Was erhoffen Sie sich von Ihrer Anfrage an das ZSNE?

